

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE 273

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JOSEPH CHARAPANOVSKY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Chargorad (Russie), le 1^{er} Juin 1900

LES

Péri-iléïtes adhésives chroniques
PRIMITIVES

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1929

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JOSEPH CHARAPANOVSKY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Chargorad (Russie), le 1^{er} Juin 1900

LES

Péri-iléites adhésives chroniques

PRIMITIVES

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

9, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur) Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE Clinique chirurgicale.
 AUVRAY Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 LIGNEL-LAVASTINE . . Clinique médicale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection profonde.

A MES SŒURS, FRÈRES ET BEAUX-FRÈRES

A MES ONCLES

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour l'honneur qu'il nous a fait d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage et Externat :

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR GILBERT

(In memoriam)

*En témoignage de sa bienveillance et
de son précieux enseignement.*

A M. LE PROFESSEUR HARTMAN

A M. LE PROFESSEUR WIDAL *(in memoriam)*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERY

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU

A M. LE DOCTEUR HENRIQUEZ *(in memoriam)*

*Hommage de reconnaissance et de dé-
vouement.*

A M. LE DOCTEUR FOURNIER

MÉDECIN DES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR GIRODE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR LEGUEU

A M. LE DOCTEUR CATHALA

ACCOCHEUR DES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR CARRIE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR GASTON DURAND

A MON EXCELLENT AMI LE DOCTEUR J.-L. LAPEYRE

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

*Qui nous guida dans ce travail. Hom-
mage de reconnaissance.*

CHAPITRE I

Introduction et Historique

Un très grand nombre de troubles gastro-intestinaux mis uniquement sur le compte d'ulcères, de colites, de gastrites, d'appendicite, ne sont souvent que la conséquence des adhérences du péritoine enveloppant les organes abdominaux. On a dénommé d'une façon générale les périviscérités, tous les aspects cliniques que peut revêtir ce processus adhésif.

Le problème complexe des périviscérités est à l'étude depuis de longues années. Au Congrès des chirurgiens russes, en 1901, cette question a déjà été à l'ordre du jour. De nombreux articles et travaux ont paru depuis, tendant à éclaircir cette question si importante. On ne saurait exagérer l'importance de l'étude des périviscérités abdominales. Elle intéresse le médecin comme le chirurgien : le médecin en raison des difficultés du diagnostic

qu'elle permet de résoudre, le chirurgien parce qu'elle soulève d'intéressants problèmes de pratique et conduit à de profitables perfectionnements de technique chirurgicale.

Au point de vue topographique, les lésions de périviscérite peuvent siéger autour d'un organe abdominal quelconque. Les premières décrites furent des périviscérites siégeant dans l'étage sous-diaphragmatique de l'abdomen : ce sont les péri-hépatites, les péri-splénites et les péri-gastrites. Plus récemment, on a décrit les péri-colites et les péri-duodénites (Robert Soupault).

Dans ce modeste travail, nous avons pour but d'étudier les périviscérites siégeant autour du grêle.

Parmi les auteurs français, Lardennois a publié de nombreuses études sur les périviscérites.

On distingue deux grandes catégories de périviscérites :

1) *Les périviscérites secondaires*, consécutives par exemple à une intervention chirurgicale sur l'abdomen, à un traumatisme abdominal suivi d'hématome péritonéal ou bien à une infection péritonéale.

2) *Les périviscérites primitives* (d'apparence au moins) non précédées d'aucun phénomène auquel on peut attribuer la formation d'adhérences.

Ces dernières sont les plus intéressantes, car leur diagnostic offre de grandes difficultés et, c'est d'elles que nous nous occuperons dans notre étude.

Nous ne ferons que rappeler la maladie de Lane et la membrane de Jackson, dont l'origine paraît être congénitale, et qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

*
**

Les péri-iléites, moins favorisées que les autres formes de périviscérite, n'ont pas encore trouvé de place dans les traités de pathologie. Sans prétendre combler une lacune, et en nous bornant à l'étude des lésions péri-iléales, au sujet desquelles aucun travail d'ensemble ne nous paraît avoir été fait, nous nous efforcerons de montrer dans cette courte étude, par quelques cas typiques, bien illustrés et vérifiés opératoirement, l'importance de ces phénomènes morbides limités au grêle dans les syndromes gastro-intestinaux, souvent si décevants par leur diversité et leur complexité.

*
**

Ce modeste travail nous fut inspiré par notre excellent ami le Docteur J.-L. Lapeyre, qui nous a communiqué deux observations personnelles de périviscérite localisée à l'intestin grêle.

*
**

Au préalable, l'objet de notre étude doit être exactement défini.

Comme le titre de ce travail l'indique nous n'étudierons que les phénomènes entrant dans le cadre des *péri-iléites adhésives chroniques primitives*.

PÉRI-ILÉITES. — Nous nous occuperons seulement des lésions siégeant autour de l'intestin grêle.

Adhésives. — Nous excluons ainsi délibérément les adhérences réactionnelles ou cicatricielles occasionnées par un ulcus ancien, une cholécystite ou une appendicite à crises répétées ou par une inflammation chronique d'un autre organe abdominal.

Chroniques. — Ces adhérences se forment insidieusement et leur évolution est longue.

Primitives et non secondaires à une intervention chirurgicale ou à une autre inflammation aiguë du péritoine.

La périviscérite adhésive primitive est un phénomène beaucoup moins rare qu'on ne le croit. Si on la considère comme une rareté, c'est parce qu'elle est rarement diagnostiquée cliniquement. Les troubles abdominaux occasionnés par la périviscérite sont mis sur le compte d'une autre affection (appendicite chronique). Au cours des laparotomies ou des autopsies on observe souvent des adhérences péritonéales, dont on ne se doutait guère. A l'heure actuelle, grâce aux nombreuses observations de périviscérites publiées, on y pense plus souvent, et on les rencontre d'une façon plus fréquente.

Cette étude nous a conduit à rechercher dans la littérature médicale les travaux publiés sur cette question. En France, on a publié peu d'observations sur les adhérences localisées à l'intestin grêle.

Dans la littérature allemande, nous avons trouvé des travaux où l'on décrit une affection très proche de celle que nous étudions. Les auteurs allemands décrivent une péritonite chronique encapsulante du grêle. C'est une péri-iléite adhésive du grêle avec agglutination des anses en paquet comme dans nos observations, mais de plus, ils ont observé l'existence d'un sac véritable enveloppant complètement le paquet d'anses agglutinées. Par ailleurs, cette affection a le même aspect clinique, les mêmes complications et le même traitement. Il n'y a que le sac membraneux qui manque dans nos observations.

On pourrait admettre que cette différenciation tient à ce que les malades atteints de cette affection sont vus à un stade évolutif plus avancé. Il est possible, que, si nos malades étaient restés encore quelque temps sans intervention, le sac fibreux décrit par les Allemands se serait formé ultérieurement.

Anatomie Pathologique

La péri-iléite adhésive consiste en un processus de péritonite plastique localisée à l'intestin grêle. Les surfaces séreuses en contact sont accolées par des adhérences molles et faciles à dissocier. Ces adhérences peuvent être localisées à une ou plusieurs anses du grêle et quelquefois l'englobent dans sa totalité. Dans ce dernier cas, on voit tout l'intestin grêle agglutiné ne formant qu'un gros paquet, se déplaçant en bloc ; on comprend aisément que ce paquet soit capable de donner à la palpation l'impression d'une tumeur.

D'après les Allemands, ce paquet d'anses agglutinées est parfois enveloppé complètement d'un sac membraneux l'isolant des autres organes abdominaux.

Les adhérences sont d'épaisseur variant de 2 mm. à 2 cm. Les adhérences sont de couleur blanchâtre ; quand leur épaisseur est assez importante elles sont opaques ; minces — elles sont transparentes. Cette membrane donne à l'intestin un aspect glacé. Les Allemands dénomment la péritonite adhésive — intestin glacé (Zuckerguszdarm).

Au point de vue anatomique deux points essentiels sont à signaler.

1°) L'intégrité constante de l'intestin grêle. Il n'y a pas de dépéritonisation des anses agglutinées. Après avoir coupé les adhérences, l'intestin reprend son aspect et sa position normale.

2°) Les adhérences membraniformes entourant l'intestin ne produisent ni étranglement, ni coudure. Ces adhérences paralysent l'intestin et le gênent dans ses mouvements normaux. C'est une sorte d'« engouement intestinal ».

Les adhérences ne créent pas de rétraction fibreuse cicatricielle qui serait la signature d'une lésion organique de l'intestin. La paroi intestinale est parfaitement saine macroscopiquement et histologiquement.

Les adhérences péri-iléales peuvent s'étendre au cæcum, au côlon, au duodénum ou aux organes sous-diaphragmatiques.

Dans notre observation (obs. I) l'épiploon adhérait légèrement au grêle par des prolongements véhémentes.

Dans certains cas on a mentionné la présence d'une petite quantité de sérosité louche dans la cavité péritonéale (obs. VI-V-XII). Dans d'autres cas on a remarqué que les anses agglutinées formaient entre elles des petites cavités remplies de sérosité (obs. IV). Dans nos observations nous n'avons trouvé qu'une quantité très infime de liquide intrapéritonéal.

Histologie

L'examen histologique des membranes a montré qu'elles sont formées par du tissu conjonctif contenu dans un tissu hyalin dégénéré.

Dans un cas, on a décelé la présence de fibres élastiques (Lehrnbecher).

Un point qui a une grande importance étiologique est à noter ; dans les tissus adhérentiels on n'a jamais trouvé ni bactéries, ni cellules caractéristiques de la tuberculose ou de la syphilis.

Chez nos malades, les examens histologiques ont été omis. Il eut fallu prélever un fragment de l'épiploon et en examiner les coupes.

Il est à souhaiter que, dans les cas qu'on observera ultérieurement, des examens histologiques et microbiologiques soient pratiqués systématiquement, qui contribueront à l'établissement de l'étiologie de cette affection si obscure.

Etiologie et Pathogénie

Il s'agit souvent d'hommes entre 15 et 35 ans.

L'étiologie de la péri-iléite adhésive comme celle des autres péri-viscérites primitives est très obscure.

L'anamnèse ne donne aucun élément important pouvant aider à établir l'étiologie de ces phénomènes morbides. Dans certains cas les malades présentent une hérédité assez chargée, mais ce fait est loin d'être constant. Quelquefois des maladies infectieuses différentes ont précédé le début de l'affection. La malade de Tokarenko (obs. III) a présenté des phénomènes de péri-iléite à la suite de couches, mais il est impossible d'affirmer qu'il y a une relation de cause à effet entre ces deux phénomènes. Certains malades présentent un long passé gastrique et même intestinal. Enfin, pour terminer, on a noté l'alcoolisme ou l'arthritisme (obs. VII) chez certains malades.

Dans d'autres cas, au contraire, la maladie débute d'une façon assez brusque, par une crise de sub-occlusion, sans qu'aucune maladie ait précédé ces phénomènes.

Les auteurs allemands (Josa) veulent voir dans la *tuberculose* péritonéale la cause de la formation des adhérences. Il y a peu d'arguments en faveur de cette hypothèse. Dans un cas, on a pu mettre en évidence un tubercule (Owtschinnikow). Dans un autre cas, on a démontré la nature tuberculeuse d'un ganglion en y décelant des bacilles de Koch.

Dans la majorité des cas, toutes les recherches de la tuberculose sont restées négatives. Pas d'antécédents bacillaires. Un examen minutieux n'arrive pas à déceler d'autres localisations tuberculeuses : poumons, plèvre, testicule, etc...

Les recherches des bacilles dans les crachats restent toujours négatives.

La sérosité intra-péritonéale entourant les adhérences ne tuberculise pas le cobaye.

Enfin, l'examen histologique des adhérences ne montre pas la présence de cellules géantes pouvant plaider en faveur de leur nature tuberculeuse.

Tous ces faits sont des arguments contre l'hypothèse de l'origine tuberculeuse des péri-iléites.

D'un autre côté, il serait illogique d'admettre que la tuberculose puisse occasionner une atteinte localisée au péritoine, en laissant le reste de l'organisme indemne de l'infection bacillaire.

Nous regrettons de ne pas avoir prélevé chez nos malades un fragment des adhérences afin de pratiquer les recherches histologiques.

Après la tuberculose, on a voulu trouver dans la *syphilis* la cause de ces adhérences. Cette hypothèse est encore moins fondée que la précédente.

Pas de syphilis dans les antécédents.

Pas de stigmates de syphilis ancienne.

La réaction de Bordet-Wassermann est toujours négative.

L'examen histologique des adhérences ne montre pas de lésions spécifiques.

De plus, il faudrait admettre qu'il s'agit d'une forme spéciale de syphilis localisée au péritoine.

En faveur de la syphilis, on a cité le fait que les fœtus syphilitiques sont atteints de péritonite adhésive pendant les derniers mois de la grossesse. L'enfant meurt toujours avant terme. Au Congrès des chirurgiens russes (1901), on a invoqué la tuberculose et la syphilis pour expliquer la formation des périviscérités.

Dans une troisième hypothèse, on a voulu expliquer la formation des adhérences par la *stase stercorale* et la *constipation* qui existent chez presque tous nos malades. La rétention des matières provoquerait une fermentation intestinale avec infection secondaire du péritoine intestinal.

Hesz dit que la stase intestinale est l'origine de l'altération chronique de la séreuse, mais il reconnaît que ce n'est pas la seule cause de ce phénomène.

D'ailleurs, il est difficile de démontrer que la constipation est la cause première de la maladie de la séreuse, et non la suite des adhérences qui gênent le cours normal du transit intestinal.

Nous ne citerons que pour mémoire l'*alcoolisme* observé chez certains malades, qui pourrait jouer

un rôle adjuvant dans la formation des adhérences.

Il serait également illogique de voir la cause des adhérences péritonéales dans une *contusion abdominale* ancienne dont il ne reste aucune trace et qui n'existe que vaguement dans la mémoire des malades. Pendant la dernière guerre, et dans les années qui l'ont suivie, on a pu observer de nombreux exemples de périviscérite consécutive à des *traumatismes* abdominaux, mais ce sont des contusions importantes causant des lésions complexes du péritoine abdominal. Tel ce malheureux malade opéré onze fois pour dégagement d'adhérences causées par des traumatismes, et qui a fini d'ailleurs par succomber après quatre ans de souffrance et de troubles toujours récidivants.

Les auteurs allemands sont enclins à voir dans le *traumatisme de l'acte chirurgical* la cause de ces adhérences. En faveur de cette hypothèse, ils citent le fait suivant : la malade de Josa (obs. XII) a été opérée pour une crise d'appendicite aiguë. Au cours de l'intervention, l'intestin examiné n'a présenté aucune trace d'adhérence. Cependant qu'à la deuxième opération pratiquée deux mois après on trouve de vastes adhérences ayant débuté autour de la zone opératoire ; d'ailleurs, c'est à ce niveau que la membrane était la plus épaisse.

Cet auteur incrimine les tiraillements des viscères au cours de l'intervention ainsi que l'infection péritonéale, légère, dont le point de départ serait le moignon appendiculaire, d'occasionner ces adhérences.

Contre cette hypothèse plaide le fait que des actes opératoires beaucoup plus traumatisants qu'une simple appendicectomie et pratiqués dans une région infectée (cholécystite, salpingite) n'occasionnent souvent aucune production d'adhérence.

Si notre malade (obs. I) avait été opérée au moment où elle a présenté des phénomènes appendiculaires, on n'aurait pas manqué de voir aussi dans l'acte chirurgical la cause des adhérences trouvées un mois après.

On aurait également tort d'accuser une imperfection technique ou un certain manque d'aseptie de pouvoir occasionner la formation d'adhérences.

Les partisans de l'hypothèse d'adhérences consécutives à un acte chirurgical invoquent, comme cause adjuvante, *une prédisposition spéciale à la formation de tissu conjonctif*. L'existence de cette prédisposition est probable. Il suffit de rappeler la différence essentielle entre les formes caséuses et fibreuses de la tuberculose pulmonaire.

Mais il reste à déterminer si cette prédisposition est congénitale, ou si elle est provoquée par un certain état morbide.

Il faudrait également admettre que cette prédisposition à la formation du tissu conjonctif peut être limitée au péritoine abdominal.

En résumé, il est évident que les opérations traumatisantes pratiquées en période inflammatoire (appendicite à chaud), où l'on tombe sur des collections de pus drainées longuement (Mickulicz), ont le

plus de chances de provoquer des complications adhésives et même cicatricielles. Quelquefois, les opérations simples (hernie, appendicectomie à froid) peuvent être également suivies de formation d'adhérences. Dans ce dernier cas, il faut admettre l'existence d'une prédisposition spéciale à la formation de tissu conjonctif ou bien la possibilité d'une infection adjuvante pendant ou après l'opération (moignon appendiculaire).

Il est également indiscutable qu'il existe des adhésions intestinales qui ne sont précédées d'aucune intervention chirurgicale, ni d'infection péritonéale. Ce sont des péritonites adhésives primitives se formant autour des viscères abdominaux.

La tuberculose, la syphilis et les intoxications diverses (alcoolisme, arthritisme, etc...) sont invoquées comme causes possibles de ces adhésions. Jusqu'à maintenant, ces hypothèses sont mises en doute à cause de l'absence de preuves véritables. Il est possible que des observations ultérieures et des recherches de laboratoire fourniront un jour les éléments nécessaires pour prouver la cause de ces adhésions dont l'étiologie est restée jusqu'à ce moment obscure.

La stase intestinale occasionnée par la constipation, ainsi que les infections atténuées, jouent un rôle important dans la formation des adhésions.

Nous croyons utile de noter le fait suivant : dans notre première observation, les adhésions du grêle paraissaient prendre leur origine à la face posté-

rière du grand épiploon, lui-même inflammé et congestionné. Cet épiploon est tendu vers le bas et adhère au voisinage à l'annexe gauche en apparence saine d'ailleurs. Dans d'autres cas analogues, on a signalé des lésions de l'épiploon.

La fréquence des lésions de l'épiploon dans les péri-iléites nous fait supposer la possibilité que l'infection péritonéale pourrait avoir comme point de départ le grand épiploon.

On pourrait ainsi admettre qu'une infection d'origine génitale, par exemple, ait pu gagner la cavité abdominale, grâce à la perméabilité du grand épiploon très finement vascularisé, touchant à la fois tout l'intestin grêle. Le grand épiploon diffuserait ainsi l'infection par sa face postérieure à une grande surface séreuse.

D'autres observations seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

Expérimentalement, on a pu provoquer, par une injection d'une matière chimique ou d'une toxine, la formation de tissu conjonctif autour du foie, mais pas autour de l'intestin.

Au point de vue pathogénique, il semble que l'affection débute par l'exudation péritonéale donnant naissance à une sérosité louche. Au contact de deux surfaces séreuses, cette sérosité, par un phénomène chimique ou mécanique, s'épaissit et provoque ainsi l'accolement des anses. A un stade ultérieur, la prolifération excessive de ces membranes donne naissance à un sac fibreux d'épaisseur variable en-

globant l'intestin grêle et le cachant complètement.

Ces membranes adhérentielles ne provoquent jamais d'étranglement ni de coudure. La gêne du transit intestinal est due à une paralysie fonctionnelle de l'intestin entravé dans ses mouvements normaux. C'est une sorte d'engouement intestinal, comme cela se voit dans les hernies: Les adhérences jouent dans ce cas le rôle du sac herniaire.

CHAPITRE II

Etude Clinique

La péritonite adhésive du grêle débute généralement d'une façon très insidieuse.

Les malades viennent consulter pour des douleurs abdominales d'intensité variable ou bien pour une simple gêne qui dure depuis des années. (Obs. II, VI, V).

Tantôt ce sont des douleurs sourdes qui existent d'une façon continue, avec de légères exagérations paroxystiques, tantôt, au contraire, le malade a eu quelques crises très violentes, mais dans l'intervalle il n'existe aucune gêne (obs. n° I).

Les douleurs sont, dans la majorité des cas, généralisées à tout l'abdomen sans que le malade puisse préciser l'endroit où la douleur a débuté. Quelquefois, la douleur généralisée à tout l'abdomen est plus intense dans une région limitée, comme par exemple la fosse iliaque droite ou la région péri-ombilicale (obs. V).

Les douleurs abdominales irradient souvent vers le flanc et même vers le dos.

Ces douleurs abdominales qu'elles soient continues, ou au contraire qu'elles procèdent par crises, deviennent plus intenses et plus fréquentes à mesure que la maladie évolue. Le repas augmente parfois les douleurs au point que le malade s'abstient de manger par crainte de souffrir (obs. VI).

Le repos, les applications chaudes ou glacées, les lavements et les purgatifs font cesser ou diminuer les coliques abdominales.

Dans l'observation II les douleurs abdominales constituaient le seul symptôme qui inquiétait la malade et qui l'ont conduite chez le médecin.

Plus souvent en même temps que ces douleurs, existent d'autres symptômes et surtout les vomissements et la constipation causés par la gêne du transit intestinal et l'irritation du péritoine par les adhérences.

Pendant un certain temps au début de la maladie, le malade éprouve des nausées coexistant surtout avec de fortes crises douloureuses (Obs. I). Plus tard, les *vomissements* apparaissent d'abord alimentaires, et ensuite bilieux. Les vomissements amènent parfois une sédation de la douleur.

La *constipation* existe chez la plupart de nos malades. C'est une constipation opiniâtre. Les malades restent parfois plusieurs jours sans aller à la selle. Ils ont souvent recours aux lavements et aux purgatifs qui les soulagent beaucoup. Dans certains cas,

cette constipation habituelle est entrecoupée de crises de diarrhée et de débâcles (obs. VI).

En même temps que l'arrêt des matières existe souvent une rétention des gaz. Le malade sent *des gargouillements* accompagnés parfois de fortes douleurs. Ces gargouillements sont parfois très intenses au point d'être entendus à distance. Le malade est incommodé par les gargouillements (obs. XI).

Le *météorisme abdominal inquiète* parfois le malade et l'amène à consulter pour le ballonnement du ventre ou pour un certain degré de dyspnée (obs. IV).

En somme, les signes fonctionnels sont : *la douleur abdominale, les vomissements, la constipation, les gargouillements, et enfin le ballonnement du ventre*. Il ne faut pas s'attendre à trouver tous ces signes réunis chez le même malade. Les signes les plus fréquents, sont : *les douleurs abdominales et les vomissements*.

Ces signes font penser à une appendicite chronique entrecoupée de petites crises aiguës et d'ailleurs, c'est le diagnostic que l'on pose souvent. Chez notre malade (obs. n° 1) le médecin appelé pendant la première crise a diagnostiqué une crise appendiculaire.

Mais, ce qui ne cadre pas bien avec l'appendicite, c'est que la douleur est moins localisée, la fièvre est inexistante, le pouls est normal et il n'y a pas d'hyperleucocytose sanguine. Les crises sont passagères et souvent un simple purgatif ou un lavement fait cesser ces symptômes.

EXAMEN PHYSIQUE

A l'inspection, on ne note souvent rien de particulier.

Quelquefois des mouvements péristaltiques sont visibles.

La palpation ne montre pas de contracture localisée.

On note parfois une hyperesthésie cutanée de l'abdomen.

La pression profonde provoque une douleur dans presque tout l'abdomen.

Pas de point de Mac Burney.

La palpation provoque souvent des gargouillements.

Pas de signe d'ascite.

Quand les adhérences se généralisent à une grande partie du grêle les anses agglutinées ensemble en paquet donnent l'impression d'une tumeur qu'on sent à travers la paroi abdominale.

C'est une tumeur mobile dont la grosseur varie de celle d'une orange à celle d'une tête de nouveau-né, Cette tumeur est située dans la fosse iliaque droite, ou dans la région ombilicale.

La consistance de la tumeur est élastique ou fluctuante. Ses limites sont souvent imprécises. La percussion donne un son tympanique.

Cette tumeur fait parfois porter le diagnostic de kyste de l'ovaire (Obs. II, V).

Il faut toujours pour compléter l'examen pratiquer un toucher vaginal pour voir, que cette tumeur n'est en rapport ni avec l'utérus ni avec ses annexes.

Rechercher les localisations différentes de la tuberculose et les stigmates de la syphilis qui pourront fournir des éléments importants pour établir l'étiologie de l'affection.

Pratiquer la réaction de Wassermann et l'examen microbiologique des crachats pour y déceler la présence de bacilles de Koch.

Il faut toujours rechercher l'existence d'épanchements pleuraux ou péricardiques qui indiquera l'atteinte générale de toutes les séreuses connues sous le nom de *polysérite*.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

On doit toujours, surtout quand il n'y a pas nécessité d'intervention immédiate, pratiquer l'examen radiologique de l'intestin qui peut dans certains cas apporter des éléments importants pour le diagnostic et pour le traitement à entreprendre.

Dans les cas d'agglutination des anses on pourra constater la présence des dilatations ampulaires aé-

riques, ou hydro-aériques, sphériques ou élipsoïdes en nombre variable, refoulant autour d'elles le reste de l'intestin aplati sur lequel elles tranchent par leur luminosité.

Dans d'autres cas, la gêne du transit intestinal est mise en évidence par la présence des taches systématiques le long de l'iléon, ou sur une grande partie des anses grêles, par répartition irrégulière de la baryte ingérée. Ces taches paraissent être occasionnées par la présence d'obstacles incomplets réalisés par les adhérences.

Dans la majorité des cas, les seuls troubles observés à la radioscopie sont la lenteur du passage de la baryte et l'hyperpéristaltisme. La présence d'une anse intestinale très distendue témoigne l'existence d'une sténose plus ou moins serrée de l'anse sous-jacente.

Tous ces signes sont loin d'être constants et il arrive assez souvent qu'une péritonite adhésive du grêle ne s'accompagne d'aucun trouble radiologique.

ETAT GÉNÉRAL

L'état général peut être plus ou moins atteint. On note parfois une perte d'appétit et un amaigrisse-

ment important (obs. XI). L'asthénie est assez importante (obs. VI).

Dans d'autres cas, l'état général n'est pas changé surtout au début.

La constipation chronique peut parfois occasionner une intoxication stercorale (langue chargée, pâleur, amaigrissement).

La température n'est pas élevée, et le pouls normal.

Antécédents. — Dans les antécédents, on ne trouve aucune affection générale ou localisée au tube digestif pouvant occasionner les adhérences péritonéales.

EVOLUTION

Tous ces phénomènes peuvent durer des mois et quelquefois des années sans aucun accident d'occlusion ou de sub-occlusion.

Quelquefois, sans cause apparente, on voit apparaître des crises de sub-occlusion intestinale, caractérisées par une rétention plus ou moins complète des matières et des gaz, et du ballonnement du ventre. Dans certains cas ces crises de sub-occlusion cèdent le plus souvent au traitement médical, mais elles se répètent à des intervalles variables. Un beau

jour le malade est pris d'une occlusion aiguë qui force la main du chirurgien. La guérison est de règle. Cependant le malade est menacé de récurrence toujours possible.

La péritonite adhésive du grêle peut occasionner des sténoses incomplètes de l'intestin qu'on reconnaît par des crises douloureuses accompagnées de gargouillements et d'hyperpéristaltisme parfois visibles sur la paroi abdominale.

Ces signes rappellent le syndrome de König.

A côté des formes cliniques à symptomatologie nette et plus ou moins complète on observe des formes mono-symptomatiques dont le diagnostic est encore plus difficile.

Il existe des formes frustes caractérisées par une constipation chronique avec une gêne assez vague dans tout l'abdomen.

Le diagnostic de ces formes cliniques n'est souvent posé qu'au cours de laparatomie pour autre cause (appendicectomie).

Dans les formes torpides la maladie évolue à bas bruit jusqu'à ce qu'un jour une occlusion aiguë se déclare. Souvent, dans ce dernier cas, l'intervention n'amène qu'une amélioration passagère à cause de l'abondance des adhérences.

Diagnostic

Le diagnostic clinique est, dans l'état actuel, de nos connaissances, non seulement difficile, mais presque impossible. Seule la laparatomie pratiquée soit pour une appendicite chronique, soit pour une crise d'occlusion aiguë montre la nature exacte de l'affection.

M. Lehrnbecher seul a pu poser cliniquement le diagnostic de péritonite fibreuse du grêle. C'était chez un malade, qui est parti de l'hôpital avec des symptômes de péritonite chronique et qui fut ramené quelques semaines après avec une tumeur abdominale palpable de la grosseur d'une tête d'enfant.

Souvent devant les douleurs abdominales accompagnées de vomissements et de constipation on pense à une appendicite chronique. C'était ce diagnostic que le médecin avait posé chez notre malade (obs. I) à la suite de sa première crise.

Les crises de sub-occlusion font penser à un volvulus, ou bien à un rétrécissement de l'intestin (syndrome de König).

Une petite tumeur mobile siégeant dans la fosse iliaque droite avec phénomène de sub-occlusion

fait poser le diagnostic de tuberculose du cæcum. Rechercher les localisations tuberculeuses ailleurs.

Quand les anses agglutinées forment une tumeur mobile le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs abdominales. C'est le diagnostic de kyste de l'ovaire qu'on pose souvent (obs. II, V).

En tout cas, devant une péritonite chronique (avec ou sans tumeur) caractérisée par des douleurs abdominales, des vomissements, des crises de sub-occlusion passagères il faut penser à la possibilité d'une péri-iléite adhésive chronique.

LA RADIOLOGIE n'apportera pas d'éléments importants pour le diagnostic. Pourtant dans certains cas, elle pourra montrer des signes de sténose jéjunale.

Pronostic

L'absence habituelle de lésions intestinales et mésentériques fait que la résection est le plus souvent inutile. La simple libération, délicatement et méthodiquement menée, permet de porter, en règle générale, un pronostic favorable.

Une seule chose est à craindre, c'est la récurrence de la formation des adhérences ; l'opération ne supprimant que l'effet du phénomène morbide. Il n'existe pas de thérapeutique causale, pouvant assurer une guérison définitive. Les dangers d'une nouvelle formation d'adhérence n'est pas évitable ; néanmoins, on connaît des cas où les malades sont restés pendant des années sans souffrir.

Dans nos observations une malade (obs. II) reste depuis des années sans souffrir, l'autre malade (obs. I) reste six mois en bonne santé. Nous nous proposons de revoir cette dernière de temps en temps.

Le pronostic est beaucoup plus sombre dans les cas de lésions accentuées de la séreuse péritonéale et de l'intestin. Il y a quelquefois la nécessité de pratiquer la résection d'une partie du grêle. La morta-

lité, dans ces cas, est assez importante (obs. XVI, XIII, XVI).

Dans les cas de dépéritonisation les chances de récidence du phénomène adhérentiel sont grandes.

Traitement

A. Traitement médical.

Le traitement médical est en général insuffisant. Il peut être tenté dans les formes torpides et dans les autres formes en attendant l'intervention chirurgicale.

Il consiste d'abord à combattre la constipation sans provoquer d'irritation intestinale. C'est le fait de l'huile de ricin à petites doses (une à trois cuillères à soupe par jour). Les lavements peu abondants d'eau pure ou additionnés de bile peuvent aussi favoriser l'évacuation intestinale sans provoquer de spasmes coliques.

L'intoxication de l'organisme étant dû surtout à la putréfaction des albuminoïdes, on supprimera les œufs, on réduira la viande, le lait, et les légumineuses riches en azote, pour donner surtout des hydrates de carbone.

On s'opposera au développement de la putréfaction, en favorisant le développement des ferments acides, à l'aide du kéfir, du yoghourt, ou des préparations contenant des bacilles lactiques.

Les douleurs trop pénibles peuvent être apaisées par des applications humides chaudes, la belladone ou l'ésérine, plus indiquée que l'opium, qui augmente la constipation.

La diathermie peut jouer un rôle important, car elle agit à la fois en calmant la douleur et les spasmes qui l'accompagnent, et en modifiant les tissus adhérentiels, grâce à la circulation intense qu'elle provoque.

Certains auteurs sont contre l'emploi de la diathermie dans ce cas qui d'après eux aurait une influence nocive en augmentant l'occlusion.

Quand la tuberculose ou la syphilis paraissent être l'origine de ces phénomènes, on ne manquera pas d'instituer un traitement spécifique.

B. Traitement chirurgical.

C'est le seul traitement efficace. Il consiste à sectionner les brides qui sont la cause de ces phénomènes morbides.

Il faut pratiquer une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, qui donnera un jour suffisant pour faire l'exploration totale de l'abdomen et permettra de libérer facilement et sans danger l'intestin anse par anse dans sa totalité. La libération des anses doit être exécutée avec une douceur extrême, éviter autant que possible les tiraillements sur l'intestin, car les moindres meurtrissures et éraillures de la séreuse péritonéale peuvent occasionner des suffusions

sanguines ou des dépéritonisations, causes de récurrence des phénomènes adhérentiels.

Diminuer le plus possible le choc opératoire.

En général, vu l'intégrité absolue de l'intestin grêle la résection est inutile. Dans des cas rares on devra recourir à la résection intestinale quand on observe une lésion du mésentère. La mortalité après résection intestinale est assez importante.

Le sérum physiologique, en quantité pseudo-ascitique et de l'huile de paraffine versée dans la cavité abdominale ont pour but (théorique du moins) de prévenir la récurrence immédiate d'accolement.

SOINS POST-OPÉRATOIRES.

On doit rechercher à provoquer les mouvements péristaltiques de l'intestin. Ces mouvements favorisent le rétablissement du transit normal de l'intestin, gêné par les adhérences. De plus, la mobilisation des anses a pour but d'éviter la coalescence des surfaces péritonéales tant soit peu avivées par la libération et l'excision des membranes.

Payr faisait ingérer à ses malades de la limaille de fer et par l'électro-aimantation obtenait une mobilisation des anses (p).

Les injections sous-cutanées d'extrait pituitaire à la dose d'un centimètre cube par jour paraissent très efficaces. Notre malade ne présentait des selles régulières qu'à la suite de plusieurs injections d'extrait glandulaire (obs. I). Ces injections doivent

être répétées quatre jours de suite ; puis trois jours par semaine jusqu'à la régularisation complète des fonctions intestinales.

Certains auteurs conseillent les injections sous-cutanées et intra-musculaires de fibro-lysine, dérivées de la thiosinamine. (Herschell).

Pauchet recommande de l'iodolysine qui résorberait les tissus inflammatoires.

Les bains chauds, la diathermo-thérapie (?) et la physiothérapie peuvent, dans certains cas, être d'une grande utilité.

CHAPITRE III

Observations

Nous avons cru utile de classer nos observations en 4 groupes :

Dans le premier groupe entrent les observations les plus typiques, où il s'agit d'une agglutination pure des anses intestinales.

Dans le deuxième groupe nous avons fait entrer les observations où, en plus de l'agglutination des anses on a observé l'existence d'un sac membraneux qui enveloppe les anses agglutinées.

Dans le troisième groupe nous avons classé les observations où la péritonite adhésive du grêle coexiste avec des lésions du mésentère.

Enfin dans le quatrième groupe sont les observations où l'agglutination des anses du grêle paraît être consécutive à une intervention chirurgicale sur l'abdomen.

Premier Groupe

OBSERVATION I

(J. L. Lapeyre)

Mlle R. A..., 20 ans. Opérée d'urgence le 13 juillet 1927 à l'Hôpital des Ménages pour accidents d'occlusion dus à une péritonite plastique entourant une grande partie de l'intestin grêle.

Dans les premiers jours de juin 1927, la malade est prise, un matin vers 11 heures, de violentes douleurs abdominales qui ont le caractère de coliques et qui s'accompagnent de malaises et de nausées, mais pas de vomissements. Ces douleurs procèdent par crises espacées de quelques minutes ; elles ne prédominent pas d'un côté ou de l'autre de l'abdomen. La malade croit qu'elle est restée plusieurs jours sans aller à la selle à la suite de cette première crise. Elle n'a pas eu de température. Son médecin qui avait fait le diagnostic d'une crise appendiculaire prescrit le repos et la glace, mais ce traitement n'amène aucun soulagement. Peu à peu les douleurs s'espacent et s'apaisent, et au bout d'une semaine la malade reprend ses occupations.

Soudain, après un mois de santé parfaite, sans souffrance ni gêne, ni même la moindre constipation, la malade est reprise des mêmes phénomènes, mais avec une intensité plus grande. C'est dans la nuit du 12 au 13 juillet, que les douleurs se manifestent entraînant des nausées et bientôt des vomissements ; les douleurs procèdent par crises de plus en plus violentes avec accalmies de plus en plus brèves. Les vomissements d'alimentaires deviennent bilieux. Le médecin appelé aussitôt dans la matinée envoie d'urgence la malade à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Nous la voyons vers 2 heures. L'examen nous montre un abdomen légèrement météorisé avec contracture légère. La douleur existe dans tout l'abdomen, mais sans prédominance dans la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal ne décèle pas la présence de lésions annexielles, mais les culs-de-sac donnent l'impression d'être empâtés et légèrement douloureux.

La température est à 37,4, le pouls à 85, cependant le facies est altéré et devant la répétition des vomissements, l'accentuation des douleurs, l'absence des matières et des gaz depuis la veille, nous décidons une intervention en nous proposant d'explorer d'abord la région appendiculaire.

Intervention.

Anesthésie à l'éther. Aide : Dr Glück.

Incision exploratrice de la fosse iliaque droite, découverte d'un cæcum un peu tuméfié qui apparaît collé aux anses grêles voisines. Les anses que l'on peut apercevoir se montrent d'un rouge violacé et fortement météorisées. L'appendice découvert ne présente aucune lésion macroscopique pouvant expliquer les accidents observés. Il est très légèrement tuméfié et un peu rouge comme le cæcum. Une très petite quantité de sérosité hématique et l'absence de fausses membranes nous permettent d'écarter d'emblée la péritonite appendiculaire. L'appendice est cependant enlevé rapidement et sans avoir enfoui le moignon, le cæcum est remis en place, et la paroi refermée.

Une laparotomie sus et sous-ombilicale est alors pratiquée. Nous voyons aussitôt un épiploon rouge tendu vers le petit bassin, au-dessus d'un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles. L'épiploon est tendu vers le bas où il adhère au voisinage de l'annexe gauche. Celle-ci, comme d'ailleurs celle du côté opposé, paraît saine.

L'épiploon ne peut alors être soulevé. Il est fixé par des prolongements vélamenteux qui s'attachent aux anses grêles. Nous les libérons progressivement par sections successives, le plus souvent sans ligature. L'intestin grêle apparaît alors formant un magma d'anses de couleurs rouges violacées unies les unes aux autres par des voiles transparents, seulement visibles par l'écartement de deux d'entre elles. Nous libérons successivement et rapidement chaque anse, en sectionnant finalement aux ciseaux les voiles tendus. La libération est poursuivie jusque sur le pied du méso où se prolonge le processus d'accolement. On ne voit pas de trace de mésentérite. Il n'y a pas de vaisseaux dans les voiles, qui, cependant, paraissent par endroits très finement capillarisés. Les deux tiers inférieurs environ de l'iléon sont ainsi débarrassés de leur enveloppe sans qu'à aucun moment on n'ait trouvé une coudure ou reconnu une bride, qui puisse être considérée comme réalisant l'obstacle mécanique. Sans transition les formations vélamenteuses cessent ; les anses intestinales apparaissent avec leur aspect habituel aplaties, chiffonnées, bleutées, consistantes au doigt.

Le travail de libération semblant terminé, du sérum chaud est versé dans l'abdomen et la paroi refermée rapidement en un plan, au bronze, sans drainage.

Suites opératoires.

La malade reste faible pendant plusieurs jours, cependant elle ne vomit plus, mais jusqu'au douzième jour, elle ne présente ni une selle ni un gaz. Lavement froid, huile de ricin, belladone, huile de paraffine n'amène aucun résultat. Seul une piqûre de retro-pituitiné, semble réveiller les contractions intestinales de l'intestin. Depuis la malade a des selles normales et régulières.

Les bronzes sont retirés le dix-huitième jour. La malade sort guérie le 21^e.

Revue cinq mois après, l'abdomen est parfaitement souple indolore. La malade ne s'est plaint d'aucune gêne. Elle a engraisé de plusieurs kilos, a bon appétit, elle va régulièrement à la selle. Depuis l'intervention la malade ne souffre plus au moment des règles.

Antécédents.

Jeune fille toujours bien portante. Père, mère et frère en bonne santé. Elle n'a jamais souffert du ventre, sauf au moment des règles, qui sont régulières. Absence de pertes blanches, pas de passé génital. Rien qui permette de penser à une atteinte bacillaire ; état général florissant, auscultation et radioscopie des poumons négatives.

Wassermann négatif.

Bon fonctionnement du tube digestif, très bon appétit, cependant constipation certaine puisque la malade avoue qu'elle allait à la selle par intervalles de deux à trois jours.

En définitif, il s'agissait dans ce cas d'occlusion intestinale, mais d'une occlusion d'un type spécial, car il ne s'agissait vraiment pas d'une occlusion par obstacle vrai.

Les phénomènes étaient plutôt analogues à ceux qui se passent dans une hernie où les organes contenus étant à l'étroit sont plus engoués qu'étranglés. En vérité, le processus étant très analogue à celui de l'engouement herniaire. L'enduit fin qui réunissait et agglutinait la presque totalité du grêle peut-être assimilé au sac de la hernie. Il devait jouer un rôle analogue en mettant un obstacle au libre jeu des anses intestinales à leurs contractions

segmentaires et leurs déplacements en masse, d'où arrêt du transit et stase intestinale.

Anatomiquement, l'enveloppe pathologique se présentait sous forme de voile mince, brillant, translucide, analogue à un enduit de « sucre fondu » de « collodion répandu en surface ». Pas de liquide, aucune granulation. Les voiles entouraient l'intestin grêle sauf la partie toute supérieure et le duodénum. Elle touchait au cæcum, laissant libre le côté ascendant, le transverse, le descendant, le sigmoïde, le péritoine pariétal. Le bassin et les organes génitaux. La face profonde de l'épiploon paraissait prendre part au processus.

Nous regrettons de ne pas avoir prélevé un fragment de celui-ci de même que de ne pas avoir examiné histologiquement l'appendice qui, nous le répétons, semblait macroscopiquement sain.

OBSERVATION II

(L. Lapeyre)

Mme S... cultivatrice, 52 ans, vient consulter en mai 1927 pour une tumeur abdominale qui entraîne de la pesanteur et de la gêne abdominale.

A l'examen, l'abdomen est saillant en avant. Par la palpation il semble que l'on perçoive une tuméfaction médiane rappelant un kyste de l'ovaire. La masse est de consistance pâteuse.

A la percussion, elle n'est pas mate, mais sub-mate par endroits et par endroits sonore.

Le diagnostic de kyste végétant de l'ovaire avec réaction ascitique est porté, et l'on conseille l'intervention.

Opération.

Laparotomie médiane et sous-ombilicale. On trouve une membrane gélatineuse de coloration blanchâtre formant enveloppe, à la presque totalité du grêle, qui semble enkystée. Cette enveloppe est détachée laissant apparaître des anses intestinales rouges, adhérentes entre elles. Les voiles qui unissent les anses sont également rouges. Il n'y a pas de sérosité, pas de brides cicatricielles.

La presque totalité du grêle est ainsi englobée, agglutinée en paquet. Le gros intestin est libre. Pas d'adhérence pariétale. L'appendice, les annexes, la vésicule, sont intacts.

Le grand épiploon n'est pas reconnu au cours de l'intervention.

Les anses sont libérées en partie par section au ciseau et au thermocautère. Elles ne semblent *pas déperitonisées* après la libération. Celle-ci n'est pas poursuivie à l'extrême et on referme l'abdomen avec l'impression de travail imparfaitement achevé.

Suites opératoires : les suites opératoires sont remarquables.

Les gaz partent normalement et les matières reprennent leur cours normal.

La malade sort guérie au 18^e jour.

Elle a été revue depuis en parfaite santé. L'abdomen seulement reste un peu gros.

Dans les *antécédents* on ne note rien de particulier ; pas d'accidents d'occlusion, seulement une légère constipation habituelle. Pas d'accouchement, pas de fausse couche.

La réaction de Wasserman est négative. La malade semble indemne de toute atteinte bacillaire et la cuti-réaction est également négative.

A noter seulement une chloro-anémie à 18 ans qui ne peut avoir de rapports avec la maladie actuelle.

Il s'agit d'une péri-iléite adhésive primitive chronique.

OBSERVATION III

(Owtschinnikow in Winnen)

Décrite par Tokarenko.

Dans les suite des couches on constate une tumeur dans le bas ventre qu'on prend pour l'utérus.

A l'opération on constate une *agglutination des anses grêles*.

On pratique la libération des anses. On constate alors une sérosité fibrineuse incluse entre les anses agglutinées et dans la cavité libre du péritoine.

Le résultat opératoire est bon. La malade suivie pendant sept mois ne présente aucun trouble.

OBSERVATION IV

(Owtschnikow)

Jeune homme âgé de 16 ans.

Depuis un an, augmentation du volume du ventre et constipation. La défécation et l'évacuation des gaz font diminuer les ballonnements et les douleurs. Le météorisme abdominal est quelquefois accompagné de dyspnée.

Pas d'appétit, amaigrissement marqué.

Son hérédité n'est pas chargée. Dans ses antécédents, on ne trouve aucune maladie.

Eramen. — On est frappé par sa pâleur et par sa maigreur.

L'abdomen présente des contractures. Dans la partie inférieure de l'abdomen on sent une tumeur élastique fluctuante, sans limites précises. A la palpation, on sent des gargouillements. La percussion provoque un son tympanique assourdi à droite.

Pas de spléno, ni hépatomégalie.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse.

Opération. — Incision sus et sous-ombilicale. On tombe sur une masse formée par les *anses d'agglutinées*. Quelques brides compriment les anses. A la libération des adhérences, on aperçoit des petites formations arrondies en graines de pavot. Les anses intestinales sont congestionnées. Les anses agglutinées forment des cavités remplies de sérosités. Après l'ablation des brides, les anses reprennent leur aspect normal.

Guérison. — Six mois après le malade ne présente aucun trouble.

Deuxième Groupe

OBSERVATION V

(Winnem)

B. R... Fanny, 19 ans.

Antécédents. — Parents et treize frères et sœurs bien portants.

A 12 ans, congestion pulmonaire compliquée de péritonite.

Règles normales.

Il y a un an, grippe.

Débuts. — Depuis longtemps sensation désagréable à l'abdomen, surtout dans le bas-ventre du côté droit.

Sensation de durcissement de l'abdomen, accompagnée de coliques fréquentes, mais non durables. Quelques vomissements. Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Examen. — Aspect normal. Langue non chargée, rien à signaler du côté du cœur et des poumons. Aucun signe de tuberculose, ni clinique ni radiologique.

A l'abdomen, gargouillements et légère contracture abdominale du côté droit. Dans un moment de relâchement, sensation d'une tumeur volumineuse, arrondie, légèrement mobile.

Pas de spléno, ni hépatomégalie.

Au toucher vaginal, la tumeur impose pour un kyste ovarien qui cependant n'adhère ni à l'utérus et laissant les annexes libres.

Rien dans les urines.

Wassermann négatif.

Température 37°9.

Opération. — L'incision de la ligne blanche, sous-ombilicale, montre le péritoine très épaissi. Dans la cavité on trouve un quart de litre environ de sérosité jaunâtre. Une *membrane enveloppe et agglutine* tout l'intestin grêle. La masse intestinale a un aspect glacé (sucre fondu). Cette membrane est plus épaisse au niveau du cæcum. Dans la partie supérieure elle est rougeâtre, le péritoine pariétal est blanchâtre et épaissi. Les moins atteints sont le côlon, le foie et la rate. Le mésentère est peu rétracté. Cette membrane facile à enlever par endroits est impossible dans d'autres.

Pas de ganglions.

Utérus et annexes libres.

Diagnostic histologique. — Epaississement fibreux du péritoine.

Suites opératoires. — Premier jour, bronchite diffuse. B. K. négatif.

Pas de phénomènes d'occlusion, rares douleurs abdo-

minales. Le malade suivi pendant quelques mois ne présente aucun phénomène pathologique.

Traitement post-opératoire.

Bains chauds.

Diathermie.

Thermophore.

OBSERVATION VI

(Owtschinnikow)

M. Kosak, 30 ans, se plaint d'une augmentation de volume du ventre en même temps que ses selles deviennent irrégulières.

Depuis 6 mois, le malade souffre de douleurs dans le bas ventre, qui est également le siège de gargouillements. En même temps, il présente de la constipation entrecoupée de diarrhée. Les selles présentent quelquefois des traces de sang.

Pas de vomissements, **pās** de fièvre, mais depuis des mois amaigrissement et perte de force.

A l'examen, on constate ballonnement de la région ombilicale. La percussion du bas-ventre montre du tympanisme qui paraît assourdi dans la région ballonnée.

A la palpation on constate une tumeur avec fluctuation profonde.

Opération. — Incision sus et sous-ombilicale.

Léger œdème de la paroi abdominale, le péritoine est épaissi, les anses grêles sont *agglutinées et enveloppées d'une membrane* transparente fine par endroits, épaisse et opaque dans d'autres où elle présente un aspect glacé. On constate une petite quantité de sérosité dans la cavité péritonéale. On libère les anses.

Mort deux jours après.

Autopsie. — Adhérence des anses entre elles et avec le péritoine pariétal les anses forment par endroits des cavités remplies de liquide. *Un sac fibreux complet recouvre tout le péritoine.* Entre le foie et l'estomac on trouve l'épiploon rétracté et entouré des fibres adhésives.

Diagnostic. — Péritonite fibreuse encapsulante.

OBSERVATION VII

(*Eunike*)

W...., 47 ans, goutteux.

Depuis des années, douleurs abdominales survenant par crises. Quelquefois légers tiraillements.

Depuis quelques semaines, les douleurs sont plus fréquentes et plus intenses. Trois jours auparavant survient une crise douloureuse violente, accompagnée de phénomènes d'occlusion, ballonnements, vomissements (les phénomènes occlusifs existaient déjà auparavant, mais cédaient aux lavements et purgatifs).

Examen. — Langue non chargée. Léger ballonnement, légère contracture. Abdomen sensible à la pression. La matité hépatique paraît légèrement diminuée. Léger subictère des conjonctives.

L'examen après anesthésie montre une tumeur arrondie dans le côté gauche du ventre, dont la percussion est tympanique.

Opération. — Incision de la ligne médiane à gauche de l'ombilic.

On voit quelques anses du grêle réunies par de gros bourrelets et enveloppées d'une *membrane couenneuse*.

La surface du foie et de l'estomac est blanche et épaisse.

Ouverture du sac *membraneux*, la libération des anses provoque des petits saignements.

Lorsque, par manque de diète les douleurs réapparaissent quelque temps après.

OBSERVATION VIII

(Eunike)

L..., 43 ans, toujours bien portant.

Il y a cinq ans il a ressenti des coliques abdominales et depuis il souffre de temps en temps. Il y a un an et demi il a eu une forte crise d'occlusion. Un jour avant l'admission, pendant son travail il a eu une forte crise. On croit à un volvulus.

Examen. — Ballonnement et sensibilité à la pression, surtout au-dessus de l'ombilic. Un lavement amène une selle et la disparition du ballonnement. Ce n'est qu'alors qu'on sent une tumeur. Les compresses chaudes, les purgatifs et les lavements font diminuer cette tumeur.

Opération. — Incision à gauche de l'ombilic. Péritoine recouvert d'une formation membraneuse. Un sac formé de ces membranes épaisses enveloppe les anses intestinales accolées.

Résection d'une partie du grêle avec entérostomose.

Libération des anses libres avec leur mésentère. L'épiploon est peu atteint.

Le foie et la rate sont accolés au péritoine pariétal.

Du côté gauche, adhérence de l'épiploon à l'angle colique et à la paroi abdominale.

Traitement post-opératoire.

Compresses chaudes, bains de lumière, diathermie, cure de soleil.

OBSERVATION IX

(*Eunike, cas de Poster*)

Homme 36 ans, alcoolique, présente des vomissements biliaires, des éructations, qui accompagnent des phénomènes occlusifs.

Déjà avant, le malade présentait des crises analogues, des douleurs abdominales, avec rétention des matières et des gaz, accompagnée de vomissements.

L'opération est suivie de mort.

Autopsie. — Tout l'intestin grêle, sauf le rectum, est couvert uniformément d'une *couenne grise épaisse*. Cette membrane rétrécit beaucoup la lumière de l'intestin. La libération des anses ramène l'intestin à sa longueur normale. On ne trouve aucune explication à la formation de cette membrane.

OBSERVATION X

(*Dietrich*)

Homme âgé de 24 ans.

Jusqu'à maintenant n'a présenté aucune maladie.

Depuis un an, apparition d'une constipation passagère avec douleurs épigastriques qui irradient vers le dos et existant surtout après les repas.

Un repos de quinze jours environ a amené la cessation de ces symptômes.

Brusquement, la veille de l'entrée à l'hôpital, des douleurs violentes sont apparues dans la région de l'estomac et dans le côté droit, accompagnées de vomissements et d'un arrêt des mouvements péristaltiques.

A l'admission on observe une contracture moyenne avec un léger météorisme.

Le diagnostic d'occlusion intestinale est évident.

Opération. — La laparotomie pratiquée aussitôt a montré des adhérences plates entre le péritone pariétal d'un côté, l'estomac, foie, vésicule biliaire, duodénum et côlon de l'autre côté.

Dans la cavité abdominale libre, on trouve un exsudat séro-hémorragique. Le cæcum, le côlon et le sigmoïde sont *enveloppés d'une membrane blanchâtre*, d'aspect sucre fondu de 2 mm. d'épaisseur.

Les anses intestinales sont congestionnées et gonflées. Par endroits, formation de brides comprimant les anses du grêle.

La libération des adhérences, l'ablation des fibres conjonctives amènent une amélioration qui, malheureusement ne dure que quatre semaines.

Une nouvelle crise d'occlusion aiguë nous oblige de pratiquer une deuxième opération.

Opération n° 2. — On trouve une anse jujénale recourbée de 90° et fixée par des adhérences superficielles. On ne trouve pas d'adhérence aux organes de l'abdomen.

Pour prévenir des nouvelles formations d'adhérences, on introduit de l'« Humanol » dans la cavité abdominale.

Une pneumonie post-opératoire emporte le malade.

Autopsie. — L'autopsie montre des adhérences fibreuses s'étendant à tous les organes abdominaux, un épaississement fibreux des plèvres, des enveloppes du cerveau et du péricarde.

C'est en somme une polysérite chronique fibreuse hyper-plastique où les méninges sont atteintes par le même processus.

On est tenté d'expliquer tous ces phénomènes par la même cause morbide.

Troisième Groupe

OBSERVATION XI

(Esau)

W. K..., 49 ans.

Aucune maladie antérieure. Depuis 6 semaines environ, le malade se plaint de douleurs abdominales d'abord rares. Le malade s'abstient de manger par crainte de souffrir.

Au début des douleurs, le malade aperçoit un ballonnement du côté droit du ventre. Ces douleurs se propagent à gauche et vers l'estomac. Ensuite, gargouillements suivis de cessation de coliques. Les mêmes phénomènes se répètent dans des endroits différents.

Un amaigrissement de 20 livres.

Pas de vomissements. Selles normales.

Le malade est surtout incommodé par les gargouillements qui s'entendent à distance.

Examen. — Léger ballonnement de l'abdomen, la palpation révèle une légère contracture, mais ne provoque pas de douleurs.

Quand on regarde l'abdomen pendant quelques instants, on perçoit que la paroi abdominale se soulève par endroits. Ce ballonnement est accompagné de douleurs qui cèdent à la suite de forts gargouillements. Pendant le ballonnement, la percussion abdominale donne un son tympanique pareil à celui du côlon.

Trois ou quatre heures après le repas les douleurs cessent.

Opération. — Incision sus et sous-ombilicale. On voit une anse énorme qu'on peut prendre pour une partie du côlon, d'une grosseur d'un bras d'homme, et qui a 1

mètre de long. Pas d'étranglement, la surface est lisse, recouverte d'un tissu blanchâtre et opaque.

Cette anse commence quelques centimètres au-dessus du pli duodéno-jéjunal. Au-dessus, l'intestin est de volume normal. L'anse volumineuse a une forme en « S » et occupe toute la cavité abdominale. Elle n'adhère à aucun autre organe. Son *mésentère paraît rétracté par endroits*. Le passage à l'intestin normal n'est pas brusque, mais adouci par les adhérences. Le côlon est normal, ainsi que l'épiploon.

A l'incision de la convexité libre de l'anse normale on constate que son épaisseur, ainsi que sa consistance varie d'un point à l'autre. Son épaisseur varie de 2 mm. à 2 cm. Peu consistante par endroits, elle paraît dense dans d'autres, où elle forme des sténoses.

Le reste de l'intestin est en partie libre et en partie adhère au péritoine pariétal. Impossible de libérer l'intestin sans faire saigner.

La reposition des organes est difficile à cause du gonflement.

Mort deux jours après.

Autopsie. — Rien de nouveau à noter.

Histologie. — La surface lisse est formée par du tissu conjonctif scléreux. L'épithélium au-dessus du tissu conjonctif paraît normal.

OBSERVATION XII

(Mauclaire)

Homme 35 ans, douleurs intestinales et constipation depuis l'enfance.

En 1917, occlusion passagère.

En décembre 1919, deuxième crise plus grave.

En janvier 1920, perception d'une tumeur dans l'hypocondre gauche.

On porte le diagnostic de tuberculose intestinale avec épiploïte.

Laparotomie.

On trouve un paquet d'anses grêles correspondant au tiers supérieur du jéjunum, réuni par des adhérences. Une de ces anses, très distendue, comme un gros cæcum est étranglée dans une poche en nid de pigeon formé par une très grosse bride, très résistante, partant du mésentère et allant se perdre sur le bord interne de l'angle colique gauche.

Le mésentère à ce niveau est épaissi, rétracté vers le rachis sur une longueur de 20 à 25 cm. environ. Il n'a plus à ce niveau qu'une hauteur de 4 à 5 cm.

Les adhérences péritonéales d'aspect superficiel unissent les anses grêles en ce point. Au niveau de la terminaison de la grosse bride, les segments du côlon transverse et ascendant sont réunis en canon de fusil par rétraction mésocolique.

La grosse bride péritonéale est sectionnée, réséquée, ainsi que des brides réunissant les anses grêle. Celles-ci reprennent leur direction et calibre normaux. La paroi du grêle paraît normale.

Péritoine par ailleurs sain.

Pas de ganglions.

Pas d'ascite.

OBSERVATION XIII

(Duvergey) (Bull. Soc. de Chirurg., n° 1, 1922)

Ouvrier 47 ans.

Douleurs abdominales et constipation depuis longtemps.

Accès d'occlusion aiguë.

Opération.

Dernière anse iléale présente une série de rétrécissements.

Le mésentère est couvert d'une cicatrice blanchâtre.

Anus contre nature.

Mort.

Autopsie. — Adhérence entre le foie d'un côté, le colon ascendant et transverse de l'autre côté.

Adhérence du grand épiploon.

OBSERVATION XIV

(Abadie)

Jeune fille 16 ans, jusqu'alors en bonne santé.

Depuis cinq jours douleurs abdominales, ventre ballonné et absence de selles.

Température : 38°. Pouls : 112.

Mise en observation pendant une semaine. On remarque une aggravation notable de tous les symptômes.

Radio : dilatation du grêle.

Opération. — Quantité abondante de liquide, sanguinolente.

Le grêle est aggloméré sur une longueur de 1 mètre environ, par une nappe d'adhérence blanchâtre.

Mésentère rétracté.

Résection intestinale suivie de mort.

OBSERVATION XV

(Sokolovski)

Officier de marine 26 ans admis pour douleurs intestinales accompagnées de constipation et de vomissements.

Antécédents. — Pleurésie à l'âge de 19 ans.

Typhus abdominal.

Deux jours avant l'entrée, douleurs lancinantes, arrêt des matières et des gaz et vomissements.

Opération. — Iléon gonflé.

Épiploon adhère aux parois antérieures de la cavité abdominale.

Dégénérescence fibreuse du mésentère.

Ces adhérences sont molles et faciles à séparer.

La dernière anse est étranglée par bride.

OBSERVATION XVI

(Rutkowski)

Jeune fille 15 ans.

Depuis trois semaines, douleurs épigastriques et iliaques accompagnées de constipation.

La veille, nouvelle crise avec mouvements péristaltiques se dessinant à la paroi abdominale.

Les signes d'occlusion disparaissent après purgatif.

Le bas-ventre est sensible à la palpation.

Tumeur assez dure, lisse, mobile, de la grosseur d'une orange.

Diagnostic. — Tuberculose cæcale.

Opération. — L'iléon sur une longueur de 1 mètre environ, est recouvert d'une membrane blanchâtre. Les anses situées au-dessus sont dilatées et recouvertes de petits kystes crépitants.

Le mésentère est épaissi, rigide et raccourci.

Atrophie de l'épiploon, du mésocôlon et du ligament gastro-colique.

Résection suivie de mort.

Autopsie. — Pas de lésions tuberculeuses.

Histologie.

Etat inflammatoire chronique du péritoine.

Intestin et muqueuse normaux.

Ganglions.

OBSERVATION XVII

(Hertz) *Agglutination des anses du grêle dans un sac
herniaire avec mésentérite*

N..., 46 ans.

Entre à l'Hôpital de Rotschild le 7 janvier 1925, pour une hernie inguinale bilatérale.

A l'examen on voit qu'il s'agit de deux côtés d'une hernie scrotale, entérocele, facile à réduire à gauche, difficile à droite.

Le malade va à la selle et ne vomit pas.

Le 8 janvier 1925, la hernie droite semble plus tendue, elle est douloureuse et irréductible. Clapotage dans le sac herniaire et dans la fosse iliaque droite.

Pas de nausées ni de vomissements, mais aucun gaz depuis la veille.

A l'interrogatoire, le malade dit souffrir du ventre, d'une façon à peu près continue depuis 10 ans, avec des crises paroxystiques. Ces crises surviennent surtout la nuit, 2 ou 3 heures après le dîner. Douleurs très intenses dans tout l'abdomen, irradiant vers le bas. Le malade est très constipé et ne va à la selle qu'avec des purgatifs.

Ces crises deviennent plus intenses et plus fréquentes.

Opération d'urgence le 8 janvier 1925. Rachianesthésie.

Sac herniaire très tendu. L'intestin est collé contre le sac et lui adhère. Après dissection très prudente du *sac herniaire* on tombe sur un autre *sac* qui enveloppe les

anses grêles sur une longueur de 1 m. 50 à 2 mètres sont conglomérées en paquets inséparables les uns des autres. A la surface de ce conglomérat on voit des voiles membraneux blanchâtres et transparents.

Ablation de l'appendice qui paraît rouge et dont le méso est infiltré.

Anastomose latéro-latérale de l'anse saine avec la face antérieure et interne du cæcum.

Ligature dans le méso à distance des parties anastomosées.

Résection de l'anse grêle suivie des sections du méso.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'environ 2 mètres d'anses grêles pelotonnées par de la péritonite adhésive rétro-herniaire.

L'élément hernié est fermé par une coque de pachypéritonite herniaire enrobant une longue anse enroulée, accolée et fusionnée.

W. et Lévaditi : négatifs.

Urée du sang : 0,31.

Suites opératoires parfaites, guérison complète le 28^e jour.

Il s'agit d'une péritonite agglutinative banale, chronique sans aucun caractère spécifique, tuberculeux ou syphilitique.

Pour l'anse herniée c'est la pachypéritonite remarquable par son épaisseur sur laquelle on trouve des tissus qui méritent d'être considérés comme un tératome bi-germinal. On y trouve un épithélium pavimentaux stratifié et un derme contenant des glandes.

Quatrième Groupe

OBSERVATION XVIII

(Ladislav Josa)

H. M..., âgée de 16 ans, vient consulter pour des coliques abdominales. Ces douleurs survenant depuis des mois sont localisées à la fosse iliaque droite et accompagnées de fièvre et de constipation. Les crises surviennent surtout dans la nuit et durent jusqu'au matin.

Pas de frissons, ni nausée, ni vomissements.

Antécédents :

Père malade, souffre d'œdèmes.

Mère morte de tuberculose médullaire.

Trois sœurs bien portantes.

Un frère mort à la guerre.

Sept enfants morts en bas âge.

Dans ces antécédents personnels, on trouve la varicelle, la dysentérie et une pneumonie.

Réglée à l'âge de 13 ans.

Examen. — Fille bien développée, de teint plutôt pâle, mais muqueuses normalement colorées.

Rien à signaler aux organes thoraciques.

Sangle abdominale bien développée.

Légère contracture dans la région iléo-cæcale avec douleurs à la pression.

Le signe de Rovsing est très net.

Foie et rate normaux.

Appareils de locomotion, nerveux, et uro-génital normaux.

W. négatif.

Leucocytes : 8.500.

Diagnostic posé : *appendicite chronique.*

1^{re} opération. — (15-5-26).

Incision de Mac Burney.

Ablation d'un appendice normal suivi d'un double enfouissement du moignon.

Cæcum et ilion normaux.

Fermeture par plans successifs.

La malade sort guérie huit jours après.

Le 30-8-26, la malade ressent des frissons et des nausées accompagnées d'un arrêt des matières et de gaz.

Revient consulter le 1-9-26.

La palpation de l'abdomen est rendue impossible à cause de la contracture.

La percussion montre un tympanisme assourdi.

La malade a un air affligé.

Langue chargée, mais humide.

Température 36°4. Pouls 84.

Le diagnostic d'adhérence iléo-cæcale, décide l'opération immédiate.

2^e opération. — On commence par l'excision de la cicatrice de l'opération précédente. A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit une formation singulière de couleur blanchâtre opaque, de la grosseur d'un bras d'enfant, qu'on prend, au premier abord, pour une anse intestinale gonflée. L'extrémité inférieure aboutit au cæcum également blanc, opaque, gros et alourdi.

Cette tumeur mesure 25 cm. de longueur.

L'extrémité supérieure incurvée atteint l'estomac.

Après un examen attentif on reconnaît qu'il s'agit d'une agglutination de l'intestin grêle.

Les anses adhèrent les unes aux autres au moyen d'une membrane facilement dissociable. Toutes ces anses conglomérées sont enveloppées complètement d'une membrane épaisse, résistante, de couleur laiteuse. Cette membrane recouvre également l'origine du grêle et s'amincit progressivement sur le péritoine pariétal.

La libération des anses ainsi accolées se fait facilement sans hémorragie, ni déchirure. Seulement, au niveau de l'appendice et de la partie inférieure de l'iléon, la membrane est plus épaisse, adhère plus fortement et pour la décoller de légères déchirures de la séreuse sont inevitables.

Cette enveloppe emprisonnait presque tout l'intestin grêle, le cæcum et une partie du côlon ascendant.

M'étant rendu compte qu'il n'existe aucune lésion de l'intestin et aucun obstacle au passage des matières, j'ai laissé cette partie intacte.

Le côlon descendant, le sigmoïde, les organes pelviens, ne présentent aucune adhérence.

Péritoïne pariétal normal.

Après avoir versé dans la cavité abdominale 100 grammes d'huile de paraffine stérile, on referme la paroi par plans successifs.

Suites opératoires. — A la suite d'injections intraveineuses, d'extrait glandulaires, le météorisme abdominal diminue. Le 4^e jour, selles abondantes. A partir du 11^e jour, selle spontanée et régulière, le 20^e jour, elle sort guérie.

OBSERVATION XIX

(Hertz)

D..., 37 ans.

Opérée en 1914 pour kyste de l'ovaire ; castration unilatérale et appendicectomie.

Réopérée le 9 mai 1923. Hystérectomie subtotale pour fibrome et salpingite ; résection partielle du grand épiploon qui adhère à la cicatrice et aux organes pelviens.

Au cours de cette opération, le grêle n'a pas été examiné. Sept mois après l'opération, la malade recommen-

ce à souffrir dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Opération le 23 novembre 1923. Résection de tout le grand épiploon très infiltré, adhérent au pelvis et à la fosse iliaque droite, rien d'anormal au niveau de l'épiploon, ni à la portion terminale de l'iléon.

Dès les jours qui suivirent cette opération, la malade souffre de nouveau.

Première crise, trois jours après : douleurs dans le flanc droit, une demi-heure après le repas. Vomissements alimentaires, pas de température anormale. Durée de la crise 12 heures.

Deuxième crise en décembre 1924 (un an après). Mais entre-temps, douleurs très fréquentes, la crise a le même début, le même caractère, pas de modification des selles.

Troisième crise en janvier 1925. Mêmes caractères, la douleur semble augmenter dans la marche et la position debout.

A l'examen, on trouve une bonne paroi solide, malgré la grande adiposité et la multiplicité des incisions. La malade souffre dans une zone large comme une paume de main, et dont le centre correspond au point de Mac Burney. On ne sent aucune masse.

Wassermann et Lévaditi : négatifs.

Urée du sang : 0,31-0,20.

Rien d'anormal à l'examen du sang.

Radio : Estomac hypotonique, transit intestinal normal.

Opération le 14 janvier 1925 (protoxyde d'azote). Incision du bord externe du muscle droit du côté droit.

On trouve une zone d'adhérence entre le cæcum, le côlon ascendant et la paroi.

Sur la fin du grêle, on trouve un magma constitué par les dernières anses iléales accolées par de la périto-

nite plastique. Il est impossible de libérer les anses sans dépéritonisation.

Résection de tout le magma qui contient environ un mètre de grêle, suivi d'anastomose termino-terminal.

L'examen de la pièce ne montre aucune lésion autre que des adhérences entre les gaudrons intestinaux et des éléments vélamenteux qui les coiffent. Aucun tubercule, aucune granulation *péritonite chronique banale*, sans aspect histologique spécial.

Guérison. Revue le 25^e jour, la malade est en parfait état, ne souffre plus et va à la selle chaque jour.

Il l'agit d'une *péritonite chronique, agglutinative* consécutive à la première opération.

Conclusions

Il existe un processus chronique de péritonite plastique limité à l'intestin grêle, d'où le nom de *péri-iléite chronique adhésive* que nous lui avons donné.

Cette péri-iléite chronique adhésive se distingue des adhérences et brides inflammatoires iléales en ce que l'atteinte de la séreuse est superficielle, diffuse, non cicatricielle et enfin *primitive*, non secondaire à une intervention chirurgicale, à une péritonite aiguë antérieure ou à une lésion de l'iléon sous-jacent.

L'étiologie de l'affection reste obscure. Ni les antécédents ni les stigmates, ni les lésions macroscopiques ou microscopiques, ni l'évolution ne permettent de penser qu'il puisse s'agir d'un processus tuberculeux ou syphilitique. Il est probable qu'il s'agit d'une infection atténuée de la séreuse péritonéale d'origine soit intestinale (stase stercorale), soit génitale (perméabilité tubaire), soit générale (voie sanguine).

L'épiploon nous a paru un facteur essentiel du processus. Sous l'influence de son inflammation, il

peut se liquéfier, se rétracter, émettre des prolongements vélamenteux et des exsudats fibrineux qui s'insinuent entre les anses grêles, ne tardant pas à les agglutiner en paquet.

A un stade évolutif sans doute plus tardif, une véritable enveloppe membraneuse est constituée, justifiant l'appellation allemande de *péritonite adhésive encapsulante* du grêle. Il nous paraît logique de supposer que le grand épiploon n'est pas absolument étranger à cette formation.

*
**

Anatomiquement, ce qui caractérise l'affection, outre sa localisation presque exclusive du grêle, c'est :

1°) L'intégrité absolue de l'intestin sous-jacent et l'absence de mésentérite retractile ;

2°) L'existence sous les voiles membraneux d'un revêtement péritonéal normal. Il n'existe pas de brides cicatricielles entraînant des strictions ou des coudures de l'intestin avec rétrécissement de son calibre.

Il en résulte que physiologiquement l'intestin est simplement gêné, entravé dans son fonctionnement. Les accidents provoqués par cette gêne se rattachent plus aux phénomènes d'*engouement* qu'à ceux d'obstruction ou d'occlusion. Il suffira donc de libérer l'intestin non lésé pour qu'il récupère intégrale-

ment sa fonction. La résection intestinale est logiquement inutile.

*
**

Cliniquement, l'affection se développe lentement, insidieusement. Les douleurs vagues sont mises sur le compte d'une appendicite chronique ; ou bien les anses en paquet simulent une tumeur abdominale pour laquelle on décide l'intervention ; d'autres fois encore à la longue, des accidents occlusifs forcent la main du chirurgien. En règle, on peut dire que le *diagnostic n'est jamais fait avant l'intervention.*

*
**

Le traitement de la péri-iléite adhésive confirmée cliniquement ou radiologiquement est uniquement chirurgical. Les traitements médicaux symptomatiques seront utilisés dans l'attente d'un diagnostic plus précis ou d'une indication plus formelle.

Seule, la section des adhérences est susceptible de faire cesser les phénomènes occlusifs.

L'intervention doit être simple, rapide. On se contentera de faire une libération aussi complète que possible, sans toutefois prolonger l'opération. Par des manœuvres douces, sans tiraillements, on s'efforcera d'éviter la dépéritonisation et les suffusions sanguines, génératrices d'adhérences secondaires.

Dans l'espoir de parer à la « *réagglutination* » des anses, on peut avoir recours au procédé qui nous

semble actuellement le meilleur : réplétion de la cavité péritonéale avec du sérum physiologique en quantité « pseudo-ascitique ». Dans les suites opératoires, l'emploi de *péristaltine* favorisera la reprise des mouvements de l'intestin.

*
**

Malgré l'importance des lésions et l'apparente insuffisance de l'acte chirurgical qui, s'il est capable de conjurer les accidents immédiats, ne semble pas permettre d'espérer de guérison définitive, il est cependant intéressant de noter que les résultats lointains sont le plus souvent satisfaisants. Il est exceptionnel qu'une « réintervention » soit nécessaire, comme si le processus agglutinatif était éteint, épuisé, lorsque apparaissent les accidents.

Le pronostic est en général favorable.

Mais l'étiologie reste obscure et son étude mérite d'être poursuivie. Seules, des nouvelles observations complètes, tant au point de vue bactériologique qu'histologique, seront susceptibles d'éclairer d'un jour nouveau cette affection chronique du péritoine.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu, le Président :

JEAN-LOUIS FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

BLANCHET. — Thèse 1923, Paris.

CADENAT. — Mésentérite rétractile avec agglutination des anses grêles. — Société Anatom., 1919, p. 455.

CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT, FRIEDEL. — Les périviscérités digestives, 1926.

DIETRICH. — Péritonite chronique fibreuse encapsulante.

— Deutsche Zeitschr. für Chirurgie (Leipzig), T. 5, 6 septembre 1928.

DUVERGEY. — *Bull. Soc. de Chirurgie*, n° 1, 1922.

GOUBERT JACQUES. — Etude Radiologiques des sténoses du jéjuno-iléon, Paris, 1928.

HERTZ (J.). — Sur les péritonites plastiques. — *Bull. et Mémoires Soc. Nation. Chir.*, 4 avril 1925, p. 390.

HERTZ et WASSITCH. — Péritonite plastique. — Société Nation. de Chirurg., 16 juin 1926, p. 694.

HALLOPEAU. — Sac membraneux. — Soc. Nation. de Chirurg., 25 mars 1923, p. 771.

ISAACS. — Péri-entérite membraneuse. — *New-York Med. Journ.*, octobre 1912.

JOSA LADISLAS. — De la péritonite fibreuse encapsulante. — *Zbl. Chirurg.*, 1927, p. 1689.

LARDENNOIS (G.). — Les périviscérités adhésives de l'abdomen. — *Journ. Médic. Franç.*, T. XV, févr. 1926.

- LOSSEN. — Péritonite adhésive traumatique. — *Forschrif. auf den Gebite den Rentgen*, XXXIII, 1^{er} février 1925.
- MARCEAU. — Occlusion intestinale aiguë par péri-entérocolite adhésive. — Thèse Paris, 1927.
- MARTEL (DE) et ANTOINE. — Les fausses appendicites, Masson, 1922.
- PAUCHET V. — Les périviscérites adhésives. — *Gazette des Hôpit.*, n° 48, 15 juin 1927.
- PAYR. — Prophylaxie des adhérences péritonéales par l'électro-aimantation. — *Munch Medic. Woch.*, novembre 1913.
- PIERRE MURAT. — Péritonite adhésive. — *Soc. Nation. de Chirurg.*, 16 juin 1926.
- RUTKOWSKI. — Mésentérite cicatricielle. — *Presse Médic.*, 26 décembre 1923.
- SAVY. — Fausses affections viscérales par péritonites adhésives primitives. — *J. Médic. de Lyon*, 21 juillet 1922.
- STRAUSS. — Value of Sodium Citrate in the Prevention of peritoneal adhesion. — *Surg. Gyneco. Obstet.*, 1916, p. 602.
- TOKASHI KUBOTA. — Etudes expérimentales sur la prévention des adhérences. — *The Japon Medical World*, 15 août 1922.
- TRÉMOLIÈRE et OLIVIER. — Les périviscérites digestives adhésives. — *Journal Médic. Franç.*, T. XV, février 1926.
- WINNEN. — Beitrage z. Klin. Chirurgie, T. CXXIII.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction et Historique.....	11
Anatomie Pathologique	16
Histologie	18
Etiologie et Pathogénie	19
Etude clinique	27
Diagnostic	35
Pronostic	37
Traitement	39
Observations	43
Conclusions	71
Bibliographie	75

TABLE DES MATIÈRES

1.

2.

3.

4.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

5.

6.

7.

8.

9.

